Deuxième Année N° 5 Mai 1892

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France	10 fr. par an
Étranger.	12 fr. —

PARIS

Vve BABÉ & Cie

LIBRAIRES-ÉDITEURS

23, Place de l'Ecole-de-Médecine, 23

MEMBRES TITULAIRES :

1. Astier.
2. Blanc.
3. Boucheron.
4. Cartaz.
5. Chatellier.
6. Duplay.
7. Garnault.
8. Garrigou-Desarènes.
9. Gellé.
10. Gille.
11. Gouguenheim.
12. Hermet.
13. Ladreit de Lacharrière
14. Lévi.
15. Lœwenberg.
16. Lubet-Barbon.
17. Luc.
18. Marage.
19. Martin.
20. Ménière.
21. Miot.
22. Potiquet.
23. Proust.
24. Reynier.
25. Ruault.
26. Saint-Hilaire.

MEMBRE HONORAIRE :

Moura-Bourouillou

COMPOSITION DU BUREAU
pour l'année 1892

Président............	Cartaz.
Vice-Président.......	Lœwenberg.
Secrétaire général...	Saint-Hilaire.
Secrétaire annuel....	Marage.
Trésorier............	Ménière.

Tout ce qui concerne la Société doit être adressé à M. le Dr Saint-Hilaire, *Secrétaire général, rue du Four, 51.*

N° 5 DEUXIÈME ANNÉE MAI 1892.

BULLETINS ET MÉMOIRES
DE LA SOCIÉTÉ
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE
DE PARIS

Séance du 1er Avril 1892 (Suite)

PRÉSIDENCE DE M. CARTAZ

De l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les cas d'otites moyennes aiguës survenant à la suite de l'influenza.

Par le Professeur ADAM POLITZER.

La fréquence des inflammations de l'oreille moyenne, au cours des deux dernières épidémies d'influenza, est un fait connu ; et les spécialistes, qui surtout ont eu l'occasion de s'occuper de ce sujet, ont certainement observé tous les degrés de l'otite moyenne grippale, depuis le catarrhe le plus léger jusqu'à l'inflammation suppurée la plus intense. Dans la présente étude, je me bornerai à la description des cas d'otite grippale qui se compliquaient d'abcès de l'apophyse mastoïde, et qui, par l'apparition rapide de symptômes menaçants, en exigeaient l'ouverture d'urgence. Cette intervention s'imposait dans le cas actuel beaucoup plus souvent qu'au cours des otites moyennes aiguës protopathiques.

Avant de passer à la description des symptômes et de l'évo-

lution clinique des abcès mastoïdiens engendrés par l'influenza, je désire attirer l'attention sur quelques variétés anatomiques normales de la structure de l'apophyse mastoïde ; leur connaissance a une importance considérable, autant pour déterminer la localisation de l'abcès que pour tracer les règles de l'intervention.

La caisse du tympan communique, on le sait, à sa partie postérieure, avec une cavité de 4 à 5 millimètres de diamètre, occupant le segment supérieur de l'apophyse : l'*antre mastoïdien*. La portion osseuse verticale, située au-dessous de ce dernier, et qui forme, à proprement parler, l'apophyse mastoïde, présente, d'après Zuckerkandl, des dispositions intérieures sujettes à de grandes variations. Dans une première variété (36 à 40 0/0 des cas, en moyenne), on rencontre, en son intérieur, de nombreuses cellules aériennes, plus ou moins grandes, situées à un niveau plus ou moins élevé (*processus mastoïdeus pneumaticus*). Ces cavités communiquent entre elles, et avec l'antre mastoïdien ; mais — et ceci est un fait dont je tiens à faire ressortir toute l'importance dans la genèse de l'abcès — ces voies de communication sont souvent si étroites, qu'à peine y peut-on faire pénétrer la plus fine aiguille.

Dans une seconde variété (20 0/0 des cas en moyenne), on observe la conformation dite *processus mastoïdeus ploëticus* ; ici, l'antre mastoïdien demeure le même que tout à l'heure, mais autour de lui, il n'y a pas de cellules aériennes ; il est entouré de substance osseuse spongieuse assez semblable au diploé des os du crâne, et composé de cavité des vaisseaux et du tissu adipeux. Chez certains individus même (comme le montrent les préparations que j'ai présentées), toute l'apophyse ne forme qu'un tout compact, une masse éburnée.

Dans une dernière variété (40 à 50 0/0 des cas), on trouve des apophyses qui ne sont qu'un mélange de ces diverses formes : cavité aérienne, substance diploétique s'entremêlent, occupant surtout le segment antéro-supérieur de cette région osseuse.

Or, l'expérience démontre que, dans la majorité des cas, les abcès dus à l'influenza se développent dans les apophyses mastoïdes à type pneumatique, et cela parce que les conduits étroits par lesquels les cellules aériennes communiquent avec l'antre mastoïdien sont bouchés par le gonflement de la muqueuse, qui les tapisse, d'où résulte une rétention du pus dans leur intérieur. Je dois toutefois faire ici remarquer que la présence de pus dans les cellules apophysaires n'indique pas nécessairement l'existence d'un abcès osseux. Dans tous les cas d'otite moyenne suppurée, dans lesquels il n'existait pendant la vie aucune trace d'inflammation d'apophyse mastoïde, ni douleurs spontanées, ni sensibilité à la pression, et où l'autopsie a été faite, on a constamment trouvé du pus dans les cellules mastoïdiennes. Cela se conçoit aisement, si l'on réfléchit que chaque fois qu'une suppuration a lieu dans la caisse du tympan, la pesanteur fait pénétrer le pus dans l'apophyse pendant le décubitus dorsal du malade.

D'ailleurs, une inflammation de la cavité tympanique gagnant par continuité le revêtement muqueux de cellules mastoïdiennes, pourra amener la formation du pus dans l'intérieur de celles-ci. Mais tant que durera la libre communication entre elles, l'antre et la caisse, et que le pus pourra librement s'écouler par la membrane du tympan perforée, on ne verra pas se développer les symptômes caractéristiques de la mastoïdite.

Cependant, d'après les observations faites sur les individus opérés, il peut se montrer parfois, quoique très rarement, des abcès dans les apophyses à type diploétique; toutefois, dans ce cas, les cavités supurantes sont beaucoup plus petites que dans le type pneumatique.

Quant aux apophyses mastoïdiennes compactes, leur structure éburnée exclut toute possibilité de suppuration dans leur intérieur.

En somme, au point de vue opératoire, il est surtout important de savoir que les abcès ont leur siège *dans le segentm*

moyen ou inférieur de la partie verticale de l'apophyse, notamment dans les cellules superficielles situées sous la couche corticale.

Passons maintenant à la description des symptômes qui permettent de reconnaître l'existence des abcès apophysaires, mais non sans avoir d'abord insisté sur le point suivant : que tandis que l'abcès mastoïdien, consécutif à l'otite moyenne protopathique, est susceptible de résolution spontanée, avec résorption du pus épanché dans les cellules, la mastoïdite grippale, au contraire, est peu sujette à une pareille terminaison; le pus semble avoir ici une action destructive sur le tissu qui l'environne, et amène presque fatalement la carie de l'apophyse.

La symptomatologie des abcès mastoïdiens varie suivant la période à laquelle le malade est observé. Ce n'est que très rarement que le spécialiste a l'occasion de constater le mal à son début. D'ordinaire, dans la majorité des cas même, nous ne voyons le patient que quand la perforation du tympan est déjà effectuée.

Les symptômes qui précèdent la perforation sont ceux d'une inflammation supurée banale de la caisse, avec rougeurs et gonflement de la membrane tympanique, et coloration jaunâtre limitée à son segment postérieur. En même temps se produisent des douleurs lancinantes dans l'oreille et au niveau de l'apophyse, douleurs souvent faibles au début, mais qui ne tardent pas à devenir plus intenses, et s'irradient dans diverses directions, vers le crâne, l'occiput, les dents ou même l'épaule. En même temps, il existe habituellement, à la pointe et à la partie moyenne de l'apophyse, une vive sensibilité à la pression et à la percussion; et tandis qu'au début les douleurs étaient très mobiles, plus tard cette sensibilité, en se localisant en un point déterminé, indique la formation de l'abcès; le plus souvent donc, mais non toujours, le siège de cette sensibilité, à la pression, correspond à celui de la collection purulente. Il y a élévation notable de la température locale du côté malade. La température générale, surtout dans les formes aiguës, peut au

début osciller entre 37° 5 et 39° 5; rarement elle atteint 40°. Cette hyperthermie peut cependant manquer; et j'ai notamment vu des cas où la suppuration apophysaire avait lieu sans que le thermomètre dépassât beaucoup 37°.

La formation de l'abcès mastoïdien se révèle assez souvent par des symptômes objectifs nets. La membrane du tympan subit un gonflement notable, sa partie supérieure se bombe en une saillie conique ou mamelonnée; en même temps, il y a un abaissement de la paroi postérieure et supérieure du conduit auditif externe, symptôme qui pourtant, à mon sens, a peu de valeur pour l'indication de l'ouverture opératoire de l'apophyse. La suppuration de l'oreille est très abondante; ce n'est que rarement que j'ai vu cet écoulement se tarir, bien que les symptômes inflammatoires persistassent du côté de l'apophyse mastoïde avec la même intensité.

La marche et la terminaison des abcès mastoïdiens présentent aussi plusieurs variétés. Dans une première série de cas, lorsque le tympan n'est pas perforé, l'apparition des douleurs apophysaires est contemporaine du début des manifestations inflammatoires dans la caisse, ou bien elle le suit à peu de distance. Dans d'autres cas, les symptômes de la formation d'un abcès mastoïdien n'apparaissent que quand le tympan est déjà perforé. En cas de résolution spontanée de l'inflammation mastoïdienne, les douleurs diminuent progressivement, quoique avec une grande lenteur; on peut même observer des suspensions temporaires, des symptômes douloureux durant quelques jours. J'ai vu plusieurs malades chez lesquels tout l'ensemble symptomatiques, douleur, hyperthermie lecale, fièvre, avaient disparu pendant quelque temps, et où les symptômes de la formation de l'abcès reparaissaient brusquement avec une violence telle, que l'opération s'imposait d'urgence.

Les symptômes de mastoïdite peuvent persister plusieurs semaines, avec rémissions variables de la douleur et de la température. Le plus souvent une suppuration profuse indique la persistance et l'extension de l'abcès; au contraire, on peut

songer à une rétrocession de la lésion quand le pus devient moins abondant. J'ai cependant vu des cas où la cessation de l'otite moyenne se montrait en même temps que la perforation se reproduisait, tandis qu'au contraire les symptômes morbides persistaient longtemps encore du côté de l'apophise mastoïde. Cependant, en général, en peut dire que l'otite moyenne grippale, compliquée d'abcès apophysaire, a une durée beaucoup plus longue que la suppuration protopathtque de la caisse.

La terminaison de l'abcès de l'apophise mastoïde peut se faire par guérison spontanée, bien que cette issue heureuse soit beaucoup plus rare à la suite de la grippe que dans les cas ordinaires. Ces faits se sont montrés plus souvent dans la dernière que dans l'avant-dernière épidémie d'influenza, ce qui permet de conclure un caractère bénin de l'épidémie récente; ce qui ne veut pas dire cependant que je n'aie observé dans ces derniers temps des cas des plus graves. Chez un malade que jai récemment opéré dans le dispensaire du Dr Low, qui n'était venu se faire soigner que plusieurs semaines après le début de l'affection de l'oreille, et chez lequel un écoulement purulent abondant, une forte sensibilité au niveau de l'apophse, un rétrécissement du conduit auditif, une notable élévation de la température du corps faisaient diagnostiquer avec certitude la présence d'un abcès dans l'apophyse mastoïde, j'ai trouvé, à l'ouverture de celle-ci, une cavité colossale remplie de pus et de granulations, qui, en dedaes, s'étendait jusqu'au voisinage du sinus latéral; un examen m'a montré que la paroi osseuse du sinus était détruite et la paroi membraneuse du canal veineux, mise à nu sur une étendue de plusieurs centimètres. A la suite de l'intervention, cette cavité se remplit rapidement de granulations, et la guérison complète ne tarde point. Si au contraire on avait laissé la maladie évoluer, il serait survenu certainement une thrombose, puis une phlébite du sinus, amenant la mort. Ce cas a la plus haute importance, en ce sens qu'il démontre que quand la mastoïdite a une durée prolongée, il se produit dans l'apophyse une destruction du tissus osseux assez étendue pour mettre en danger la vie du patient.

Dans certains faits rares, l'abcès mastoïdiens s'ouvre spontanément à l'extérieur; mais en général, dans ce cas, on ne trouve pas les téguments qui recouvrent l'apophyse infiltrés au même degré que dans les formes ordinaires. On sait que dans les cas où la collection purulente est voisine de la surface de l'os qu'il se produit également une inflammation du périoste et qu'il se forme un abcès sous-périosté, sans communication avec celui qui siège au dedans de la substance osseuse; de telle sorte que l'opérateur rencontre du pus dès la première incision.

Que l'otite suppurée, produite par l'influenza, puisse avoir une issue mortelle, cela ne fait pas l'ombre d'un doute. Le cas suivant en est une preuve.

Léopoldine M.., 35 ans, fut atteinte d'influenza l'année dernière, au moment de Noël. Le 3 janvier éclate une otite aiguë droite, pour laquelle elle est traitée dans une autre clinique. Dans les premiers jours de février, douleurs vives dans l'oreille et au niveau de l'apophyse : le 15, apparaît un fort gonflement en arrière du pavillon. Le 1[er] mars elle entre à ma clinique, présentant les symptômes suivants : écoulement purulent abondant, conduit auditif très rétréci par un gonflement de sa paroi supérieure, perforation non visible. Le lavage se fait avec facilité. La parole à voix haute est entendue à trois mètres. Au niveau de l'apophyse abcès fluctuant. La température du corps est anormale.

3 *mars*. — L'abcès se vide par le conduit auditif externe : l'apophyse ne montre pas de sensibilité à la pression. La température est normale.

10 *mars*. — Otorrhée peu abondante, toujours pas de sensibilité à la pression sur l'apophyse. Il n'y a pas de fièvre.

12 *mars*. — Aujourd'hui, à cinq heures du matin, survint tout d'un coup un état comateux, le pouls devient filiforme : une injection d'éther camphré pare momentanément à ces accidents.

En revenant à elle, la malade se plaint beaucoup de souffrir des tempes ; elle a du ptosis du côté droit.

A dix heures du matin, de nouveau état comateux, d'où on ne tire momentanément la malade que par des appels à haute voix ou par des piqûres d'épingle. Ophtalmoplégie bilatérale ; déviation des yeux vers la droite ; légère paralysie facale du côté droit. Temp. : 39°,5.

La malade est alors transférée dans le service du professeur Billroth où le Dr Eiselsberg lui pratique la trépanation de l'apophyse mastoïde. Il met à nu le sinus latéral ; dure-mère normale, mais au-dessous d'elle fausse membrane méningitique, surtout sur la partie postérieure et supérieure du sinus. Ponction du cerveau avec la seringue de Pravaz ramenant du pus : ouverture de l'abcès qui donne issue à une matière séro-purulente.

Mort six jours après l'opération.

A l'autopise on rencontre dans le lobe temporal un abcès, dont les parois épaissies indiquent la duré déjà longue. Derrière ce grand abcès s'en trouvait un autre beaucoup plus petit, encore fermé et non en communication avec le précédent.

Voici également dans le même ordre d'idées deux préparations anatomiques appartenant à des malades que je n'ai pas suivis pendant leur vie.

L'une de ces préparations provient d'un homme de 72 ans, déjà antérieurement atteint de surdité accentuée, et qui fut pris le 29 décembre 1891 d'une attaque d'influenza, qui, le 9 janvier suivant, se compliqua d'une otite moyenne droite suppurée. Trois jours plus tard se développèrent les symptômes d'une méningite à laquelle le patient ne tarda pas à succomber. Voici ce que montre la préparation : tympan non perforé ; cavité tympanique remplie de pus crémeux ; dans l'antre mastoïdien, une prolifération de tissu fibreux ancienne qui s'étendait jusque dans les cellules de l'apophyse mastoïde, et était également baignée de pus. A la partie profonde de l'apophyse, le pus avait perforé la paroi du sinus latéral, ainsi que la face

postérieure du crâne, amenant la thrombose du sinus caverneux puis la méningite.

La seconde préparation provient d'un homme de 80 ans, atteint le 9 février dernier d'influenza, à la suite de laquelle se produisit une otite moyenne gauche suppurée, et plus tard un érysipèle de la tête avec néphrite métastatique qui amenèrent la mort. A l'autopsie, on ne troupe pas de perforation de la membrane du tympan, mais la cavité tympanique était remplie d'une sécrétion purulente, l'apophyse pleine d'un pu mêlé de sang qui remplissait non seulement l'antre, mais aussi tout le système des petites cellules. On ne peut, dans cette préparation, établir aucune corrélation entre le foyer purulent de l'oreille moyenne et l'érysipèle de la face : celui-ci, ainsi que la néphrite aiguë, doit donc être considéré comme un processus métastatique.

Le diagnostic de la formation de l'abcès mastoïdien se déduit de l'ensemble des symptômes énumérés plus haut, ainsi que de la marche de l'otite grippale suppurée : c'est au commencement de la maladie que ce diagnostic est le plus difficile à faire ; car une forte sensibilité à la pression au niveau de l'apophyse mastoïde se montre aussi au début de l'otite moyenne aiguë ordinaire pour disparaître quelques jours plus tard. De même il peut arriver, à la première période de l'otite grippale, que des douleurs eoient passagèrement provoquées par une congestion intense du revêtement muqueux des cellules de l'apophyse et du tissu osseux; par contre, le diagnostic de l'existence de l'abcès peut être fait avec d'autant plus de facilité et de certitude, quand en même temps qu'une otorrhée très abondante, avec abaissement de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif, une forte douleur ressentie au niveau de l'apophyse, une fièvre à peu près continue, la perte du sommeil, la surexcitation nerveuse se prolongent au delà du huitième au dixième jour après le début de l'otite. Si ces symptômes sont observés quand l'otite a déjà duré plusieurs semaines, la présence d'un abcès mastoïdien ne

peut être mise en doute. Cettte dernière affirmation repose sur l'observation de vingt-huit cas, dans lesquels j'ai, sans exception, trouvé des abcès dans l'intérieur de l'apophyse, lors de l'ouverture de celle-ci.

La présence d'abcès externes, sous-périostaux, sans participation du tissu osseux, tels que Schwendt les a décrits, doit être très rare : elle ne peut être sûrement établie que si, après l'ouverture de pareils abcès, on ne trouvait pas de pus dans l'apophyse mastoïde ouverte au ciseau. Dans les cas que j'ai opérés, partout où j'ai trouvé une accumulation de pus à la surface externe de l'apophyse, j'ai également rencontré des abcès à l'intérieur de celle-ci.

Arrivons maintenant au traitement de l'otite moyenne aiguë grippale. Il varie suivant la période de la maladie dans laquelle le malade vient réclamer les soins du médecin. Si on a l'occasion d'observer celui-ci pendant les premiers jours avant que la perforation ne se soit produite, si le tympan apparaît fortement rouge, gonflé, voussuré, s'il existe en même temps dans l'apophyse mastoïde des douleurs spontanées que la pression augmente, il faut sans plus tarder pratiquer la paracentèse du tympan, pour donner un libre écoulement au pus accumulé dans la caisse. Cette opération, que tout médecin peut aisément exécuter, suffit quelquefois à elle seule à faire avorter les symptômes de mastoïdite. Il faut, en outre, par des applications continues de glace sur l'apophyse mastoïde, combattre l'inflammation de celle-ci. J'ai à ma clinique une jeune femme chez laquelle les symptômes de mastoïdite, très accentués au début de l'otite, disparurent après la paracentèse de la membrane du tympan fortement bombée, et grâce aussi à l'application de l'appareil réfrigérant de Leiter en arrière de l'oreille.

Mais il en est autrement quand l'otite, accompagnée de symptômes intenses, a duré plus de huit ou dix jours, sans perforation de la membrane du tympan. Dans ce cas, il est très probable qu'il existe déjà un abcès dans l'apophyse, et il faudra procéder à l'ouverture de celle-ci, après paracentèse de la

membrane du tympan. Un cas observé en province, en décembre 1891, démontre la justesse de cette proposition. Il s'agissait d'une otite moyenne durant déjà depuis dix jours, avec forte fièvre et douleurs mastoïdiennes intolérables; néanmoins, le tympan n'était pas perforé. Après avoir endormi la malade, on pratiqua d'abord la paracentèse du tympan, puis aussitôt après on ouvrit l'apophyse mastoïde dans laquelle on trouva, logé en sa partie moyenne, un abcès superficiel de la grosseur d'une noisette, plein de pus et de granulations. Quelques semaines plus tard, guérison complète : il persista seulement un léger bourdonnement qui dure encore maintenant.

De même, dans tous les cas où la perforation spontanée du tympan s'est faite dès les premiers jours de la maladie, il est nécessaire, à moins que des symptômes graves n'indiquent l'urgence de l'opération, de recourir d'abord à des moyens antiphlogistiques. Je n'ai eu à me louer que très rarement de l'application de sangsues, employées dès le début des accidents : plus tard leur utilité est nulle. Par contre, j'attribue une grande valeur à l'emploi local de la médication réfrigérante, soit avec de petits sachets de glace soit avec l'appareil de Leiter; cette application faite d'une façon continue, a, dans bien des cas, amené des résultats absolument remarquables. Pour renforcer encore le traitement, on badigeonne l'apophyse avec de la teinture d'iode, on la frotte avec de l'onguent iodo-ioduré ou avec de l'onguent de potasse, et par-dessus on applique l'appareil de Leiter. Les malades acceptent très volontiers cet appareil qui calme leurs souffrances. On peut même lui reconnaître une certaine valeur diagnotique. Aussi, tant que le patient supporte l'application de cet appareil et même la réclame, on peut conclure à la persistance de l'inflammation mastoïdienne; au contraire, quand il cesse de pouvoir le supporter et demande à en être, délivré, on peut admettre avec grande probabilité la résolution du processus morbide.

Concurremment avec ce traitement antiphlogistique, on retirera grand avantage en injectant chaque jour dans la caisse, à travers le cathéter de la trompe, soit de l'eau tiède, soit une solution faiblement antiseptique (solution boriquée à 1 ou 2 0/0) (Millingen). Bien que dans la plupart des cas il n'existe pas de communication entre l'abcès de l'apophyse et l'antre mastoïdien, cependant ces injections, continuées jusqu'à ce que le liquide vienne à s'écouler par le conduit auditif externe, procurent au malade un soulagement considérable : les douleurs apophysaires cessent, l'écoulement diminue.

En combinant ainsi le lavage de la caisse avec l'application de l'appareil de Leiter, on peut, dans un grand nombre de cas, amener une guérison complète. Cependant, si au bout de trois ou quatre jours de ce traitement les douleurs apophysaires, la fièvre persistent, si l'écoulement ne diminue pas, alors il ne faut plus perdre de temps et procéder à l'ouverture de l'apophyse. Cette opération est, dans ces cas, tout à fait inoffensive, ne présentant pas le moindre danger parce que l'abcès, étant le plus souvent superficiel, peut être ouvert sans qu'on courre le risque de léser les organes importants situés plus en dedans. Ainsi est tranchée la question de savoir si l'on doit opérer de bonne heure, ou au contraire prolonger le traitement expectatif. En faveur de celui-ci plaident certainement les cas que l'on peut guérir par la méthode antiphlogistique. Mais quand d'autre part on place en regard de ces faits ceux dans lesquels l'abcès, longtemps livré à lui-même, amène une destruction profonde de l'os, et dans lesquels peut survenir brusquement une méningite ou une phlébite des sinus suivie de mort, on est amené, surtout eu égard à l'innocuité de l'opération, à se décider en faveur d'une intervention précoce. Un autre avantage que présente l'ouverture peu tardive de l'apophyse, c'est qu'à ce moment les abcès sont encore petits, situés à la périphétrie, faciles à atteindre, qu'ils ne donnent pas lieu après leur traitement à une perte de substance encore considérable, qu'ils guérissent plus vite, que l'affection de l'oreille moyenne dispa-

raît également avec tout son cortège de pénibles symptômes et ainsi la durée du traitement est notablement abrégée.

Il va sans dire que l'opportunité d'une intervention n'est plus discutable quand on se trouve en présence d'un malade chez qui les symptômes de mastoïdite ont déjà de deux à trois semaines d'existence; ici l'ouverture de l'abcès pare aux complications qui peuvent mettre en danger la vie du malade. Au reste, la gravité de ces abcès mastoïdiens, à durée prolongée, ressort de la lecture de l'observation suivante :

Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, anémique, mal nourrie, qui vers la fin de décembre 1889 fut prise d'influenza, et deux jours plus tard d'otite gauche. Vers le milieu de janvier 1890, le gonflement rétro-auriculaire, la fièvre, disparurent. Elle entra à l'hôpital le 21 janvier : à ce moment on constate une vive sensibilité à la pression au niveau de l'apophyse mastoïde gauche; un écoulement purulent abondant, un gonflement du segment postérieur de la membrane tympanique, et une perforation dans la zone antéro-inférieure, montrant des pulsations intenses.

Le 23 janvier, frissons et maux de tête; 39°2. On procède à l'ouverture de l'apophyse mastoïde. A une profondeur de cinq millimètres on tombe sur un abcès assez vaste, plein de pus, mais ne communiquant pas avec l'antre mastoïdien.

Un jour plus tard, à l'enlèvement des pansements le pus coule à flots de la cavité de l'abcès, d'où l'on conclut à l'extension de l'affection osseuse vers les parties plus profondes. Grâce à un renouvellement journalier du pansement, la malade se trouve relativement bien pendant trois semaines.

Le 14 février, la cavité de l'abcès est élargie vers la profondeur avec la curette tranchante. Malgré cela, dix jours plus tard, des symptômes graves indiquent la propagation de l'abcès à la partie postérieure du crâne, ce qui nécessite une nouvelle ouverture en cette région. On rencontre alors, derrière l'apophyse mastoide, une seconde cavité abcédée, de la grandeur d'une cerise, pleine de pus et de granulations, et qui, après son

évidement, laisse voir la dure-mère à nu sur une petite étendue. Drainage, pansement iodé. Les jours suivants, euphorie, délire, puis plus tard somnolence, soubresauts tendineux, tremblement des muscles de la face, vomissements : mort au bout de 14 jours.

L'autopsie donne les résultats suivants : Rupture du sinus sigmoïdal, de la grandeur d'un pois, au niveau de la cavité purulente située en arrière de l'apophyse mastoïde; à l'intérieur du sinus membraneux un thrombus jaunâtre, fibrillaire. A cinq centimètres plus en arrière, une seconde ouverture, d'un demi-centimètre de diamètre, percée dans l'occipital ; dans toute la partie postérieure de la cavité cranienne, une exsudation fibrineuse recouvre la surface externe de la dure-même. Dans le cervelet, abcès de la grosseur d'une noix.

Après avoir fait toutes ces remarques préalables, je vais passer maintenant à la description du procédé opératoire. On rase les cheveux qui se trouvent à proximité de l'apophyse, on pratique un nettoyage soigneux de la peau de la région, puis après avoir endormi le malade, on fait à un demi-centimètre en arrière de l'insertion du pavillon de l'oreille, une incision verticale, légèrement concave en avant, de quatre à cinq centimètres de longueur ; cette incision doit s'étendre à toutes les couches de la région, y compris le périoste et descendre jusqu'au voisinage de la pointe de l'apophyse. Alors, avec un élévateur, on décolle le périoste de l'os sous-jacent, le repoussant en avant et en arrière, de façon à mettre à nu la surface osseuse sur une étendue de 1 1/2 à 1 3/4 centimètre carré. On arrête l'hémorragie qui se produit, soit en tamponnant la plaie avec de la gaze au sublimé, soit en mettant des pinces à forcipressure sur les vaisseaux saignants. Au reste, le meilleur moyen d'arrêter l'écoulement du sang, même s'il est très abondant, est d'écarter fortement les bords de la plaie avec de larges érignes qu'un aide maintiendra pendant tout le temps de l'opération.

Quand la partie moyenne de la surface mastoïdienne est ainsi

mise à découvert à 1/2-1 centimètre en arrière du conduit auditif osseux et à environ 1 1/2 centimètre au-dessous de la pointe de l'apophyse mastoïde, on détache à l'aide de la gouge de Schwartze, obliquement appliquée, un gros morceau du plan osseux superficiel. Souvent, dès le premier coup de ciseau, on arrive sur l'abcès, d'où le pus jaillit parfois en bouillonnant, à cause de la forte pression qu'il supporte dans les cellules mastoïdiennes. Dans certains cas, pour trouver l'abcès, il faut aller jusqu'à une profondeur de 1 1/2 centimètre, mais rarement plus loin. Parfois il faut se donner du jour à la partie inférieure de la plaie, quand la cavité de l'abcès pénètre dans le segment inférieur de l'apophyse mastoïde. Cela fait, avec une grande cuiller tranchante, on enlève tout le tissu malade, granulations fongueuses, substance osseuse ramollie ; avec un peu d'habitude, il est aisé de distinguer le tissu malade du tissu sain ; le premier se laisse aisément pénétrer par la curette, tandis que le second lui oppose une résistance très grande.

Il est un fait très important en l'espèce que je tiens à faire ressortir, c'est que presque jamais ces cavités suppurées ne communiquent avec l'antre mastoïdien ; presque toujours il s'agit d'abcès isolés (1). Aussi ne doit-on jamais chercher à établir une communication artificielle entre la cavité abcédée et l'antre, sans quoi celle-là, désinfectée et curetée, serait de nouveau souillée par le plus venu de la caisse. Il en est, on le sait, tout autrement des affections purulentes chroniques de l'oreille moyenne, où le but principal de l'opération consiste à ouvrir l'antre mastoïdien, pour permettre la désinfection de la caisse par des lavages incessants.

Après avoir râclé à fond l'abcès avec la cuiller tranchante, (j'ai l'habitude, à ma clinique, de me servir d'une petite lampe électrique pour explorer la cavité suppurante pendant l'opéra-

(1) C. F. « *Die Erkrankungen des Gehororgans wahrend der letzten influenza-épidémie in Wien.* » Rapport fait à M. le Dr Kammerer, médecin de la ville de Vienne, capitale de l'Empire et résidence impériale, par le Prof. Adam Politzer.

tion), on arrose la plaie avec une faible solution de sublimé, puis on la remplit légèrement avec de la gaze iodoformée. On peut même, pour arriver à en diminuer la longueur, mettre sur la peau quelques points de suture en nombre variable suivant l'étendue de la perte de substance osseuse. Même en cas d'abcès superficiel, quand l'os a été légèrement entamé, on peut sans hésiter recoudre toute l'étendue de la plaie dès l'opération finie, ayant eu soin de la saupoudrer d'un peu d'iodoforme finement pulvérisé. Mais quand on a affaire à une cavité profonde, il faut se borner à rétrécir la plaie cutanée en faisant un ou deux points de suture à ses angles supérieur et inférieur ; on mettra alors la surface osseuse en observation sur un pansement iodo-formé, car il peut rester des parties d'os malade qui réclament un nouveau râclage.

Lorsqu'après avoir plusieurs fois changé les pansements, on ne trouve plus de pus sur la gaze, et que l'on voit la plaie tapissée de belles granulation bien roses, on peut alors, suivant le conseil de Gruber, essayer de faire la suture de la peau, non sans avoir préalablement cocaïnisé les lèvres de la plaie ; ainsi on hâtera la guérison.

Les bons effets de l'ouverture de l'apophyse se manifestent, dans la plupart des cas, déjà peu de temps après l'opération ; la fièvre tombe rapidement et la température s'abaisse même au-dessous de la normale ; les douleurs locales disparaissent ; le malade ressent un bien-être qu'il n'avait pas éprouvé depuis longtemps. Les observations de Schwartze, de Chatellier, de Schubert de Nuremberg sont d'accord sur ce point.

L'ouverture de l'abcès exerce aussi très souvent une influence favorable sur la suppuration de la caisse, bien qu'il n'y ait cependant aucune communication entre celle-ci et la cavité abcédée. Dès les jours qui suivent l'opération, l'écoulement de l'oreille diminue pour disparaître complètement du sixième au quatorzième jour ; et, en même temps, la perforation tympanique se cicatrise. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple : chez la femme d'un avocat que m'avait adressée M. le privat docent

Dr Eisenschitz, l'écoulement de l'oreille cessa le troisième jour qui suivit l'ouverture de l'abcès mastoïdien; et l'examen fit constater la cicatrisation du tympan et le retour de l'acuité auditive normale. Tel est le résultat que l'on obtient dans la plupart des cas; cependant on voit parfois persister assez longtemps des troubles de l'ouïe, accompagnés de bourdonnements.

Dans ce qui précède, je crois avoir suffisamment fait ressortir l'importance capitale qu'il y a pour le diagnostic exact d'un abcès de l'apophyse mastoïde, survenant à la suite de l'influenza, et à le traiter convenablement; aussi me permettrai-je de faire, à ce sujet, quelques réflexions à l'adresse des médecins praticiens.

Certes, pour le médecin qui exerce dans les grandes villes où l'on a sous la main des spécialistes experts, il n'est pas indispensable de savoir opérer l'abcès mastoïdien; il n'en est pas de même pour le médecin de campagne. Etant donné que l'épidémie d'influenza a visité les villages les plus reculés de chaque pays, et que certainement l'otite grippale doit se produire partout avec une fréquence à peu près égale, il ne saurait être douteux que beaucoup de cas ainsi compliqués ont dû, à la campagne, se terminer par la mort, par suite de l'absence d'ouverture de l'apophyse mastoïde, qui cependant était indiquée. Sans doute, le plus souvent, dans des cas de ce genre, on ne connaîtra pas la cause exacte de la mort, parce que ces décès seront déclarés comme imputables à la pyémie ou à la méningite. Cependant, de l'expérience actuellement acquise au sujet de l'otite grippale, ressort la nécessité, pour le praticien de campagne, de se mettre au courant de la pathologie et du diagnostic des otites moyennes aiguës en général, et des otites dues à l'influenza en particulier, afin de pratiquer l'opération dès que le danger menace. Or, je mets en fait que tout médecin, qui est au courant des pratiques fondamentales de la chirurgie moderne, est capable d'ouvrir les abcès de l'apophyse mastoïde. Car ici l'action est beaucoup plus facile que quand il

s'agit de mastoïdites consécutives aux otites moyennes suppurées chroniques ; car, dans ce dernier cas, il faut mettre à découvert l'antre mastoïdien, dont la situation est profonde, et dont la recherche expose à blesser les organes importants placés dans le voisinage (sinus latéral, nerf facial, canal demi-circulaire horizontal). Mais si, dans ce cas, l'opération ne doit être exécutée que par un spécialiste, l'ouverture des abcès mastoïdiens dus à l'influenza, le plus souvent superficiels, est de la compétence de tous les praticiens, qui ainsi par une intervention faite à temps, réussira à sauver la vie de ses malades. Mais ce but ne peut être atteint que si la science otologique devient le patrimoine de tous les médecins, ce qui n'arrivera que le jour où les facultés de médecine inscriront dans leur programme l'enseignement officiel et obligatoire de l'otologie.

M. Ladreit de Lacharrière. — J'ai écouté avec le plus grand intérêt la communication de notre savant confrère, M. le Professeur Politzer, et je partage complètement sa manière de voir sur la nécessité de l'intervention chirurgicale toutes les fois que l'apophyse mastoïde est le siège d'une osteïte ou d'une suppuration des cellules.

Je veux seulement faire observer que dans un certain nombre de cas, chez lesquels il se produit un état d'engorgement ou phlégmonneux pré-mastoïdien, le diagnostic est d'abord incertain.

A-t-on affaire à un phlegmon pré-mastoïdien ?

A-t-on affaire à une suppuration osseuse avec engorgement superficiel ?

Notre confrère s'est trouvé chez une de ses malades dans une semblable alternative.

Chez tous les malades qui présentent des douleurs profondes et un empâtement superficiel des tissus, je commence toujours par faire un débridement, ajournant au lendemain l'ouverture des cellules mastoïdiennes dont l'indication me paraissait imminente.

Dans un certain nombre de cas, j'ai pu éviter cette dernière opération faite sans cela prématurément.

M. Chatellier. — La tuméfaction préapophysaire ne fournit aucune indication précise de la présence du pus dans l'apophyse mastoïde.

Il existe en effet des abcès dans l'apophyse sans aucune tuméfaction des parties molles et inversement, la tuméfaction des parties molles n'est pas forcément accompagnée de collection purulente dans l'apophyse.

Les tuméfactions inflammatoires des parties molles qui recouvrent la face externe de l'apophyse sont de deux espèces.

Dans l'une, le périoste, le tissu cellulaire se sont infiltrés, enflammés, épaissis. Il s'agit d'une ostéo périostite liée à la présence du pus dans l'apophyse.

Dans l'autre, le ganglion lymphatique qui siège sur la face externe de l'apophyse, s'est tuméfié, ce tissu cellulaire périphérique participe à l'inflammation, il y a un adeno phlegmon.

Au début, on sent le ganglion tuméfié rouler sous le doigt, ayant un volume variable ; il peut donner une sensation de fluctuation sans qu'il ait cependant subi la fonte purulente.

Cette adeno phlegmon peut se terminer par résolution ou par suppuration.

La thérapeutique consistera alors dans les antiphlogistiques ou le débridement des parties molles, (incision de Wilde). Si la fonte purulente est commencée, on trouvera un abcès anfractueux, traversé par des tractus fibreux, qui cloisonnent la cavité et la subdivisent en cavités secondaires. Un peu plus tard ces tractus fibreux se détruisent et on a une large poche remplie de pus. Ces abcès sont situés en dehors du périoste et l'exploration minutieuse avec le stylet permet de reconnaître qu'en aucun point la surface osseuse n'est dénudée.

Il faut cureter avec soin toute la cavité suppurante, écouvillonner avec le chlorure de zinc au dixième et appliquer un pansement antiseptique. On obtient ainsi une réunion par première intention.

Il m'a été donné d'observer ces deux variétés de phlegmon préapophysaire.

Dans un cas, la tuméfaction paraissait fluctuante et je me disposais à ouvrir l'apophyse. Une première incision courbe, verticale, était faite suivant l'insertion du pavillon; une seconde incision horizontale fut menée de la première sur la surface de l'apophyse. Celle-ci passait à travers la partie où on avait trouvé la fluctuation. Or il fut reconnu que la sensation de fluctuation était donnée par le ganglion tuméfié, gros comme une noisette, que le bistouri avait divisé en deux parties. Le ganglion fut enlevé, la plaie suturée et un pansement antiseptique appliqué. Quelques jours après tout était guéri.

Dans un second cas, il y avait un gros abcès sur la face externe de l'apophyse et je me disposai aussi à faire la trépanation. L'incision ouvrit la cavité purulente, mais le stylet démontra qu'en aucun point le périoste n'était attaqué et il fut également impossible de trouver un point de la surface osseuse dénudé. J'ai fait avec soin le curetage de la cavité de l'abcès, écouvillonnage au chlorure de zinc au dixième. Un pansement antiseptique fut appliqué. Six jours après, j'ai enlevé le pansement et trouvé une réunion par première intention de la plaie, aussi bien dans les parties profondes que dans les parties superficielles.

L'écoulement du pus par le conduit auditif avait aussi disparu. Le malade était dès lors complètement guéri.

Mais quand on est convaincu que la cavité mastoïdienne renferme du pus, il ne faut pas hésiter à l'ouvrir. L'opération faite suivant les règles que nous possédons aujourd'hui, est absolument sans gravité et n'entraîne jamais d'accidents, tandis que l'abstention ou l'opération tardive ont entraîné la mort de nombreux malades, qui eussent certainement guéri si on les avait opérés.

Jusqu'ici, j'ai pratiqué 29 trépanations de l'apophyse mastoïde : 25 malades ont guéri, 4 sont morts. Ces derniers présentaient, au moment de l'opération, des accidents tels que l'issue fatale

n'était pas douteuse. Je me propose de revenir sur ces faits, quand je publierai ma statistique.

M. Loewenberg. — Je me place à un point de vue tout à fait opposé à celui de M. Politzer. Je n'admets pas la trépanation sans raisons graves. J'ai guéri tous mes malades atteints de suppurations mastoïdiennes sans trépanation depuis 1879. Je fais de larges débridements du tympan et beaucoup d'antisepsie. Si le pus est entré dans les cellules mastoïdiennes en venant de la caisse, je crois qu'il peut en sortir par la même voie. En s'attaquant à la cause de sécrétion du pus, on tarit la sécrétion, et l'apophyse mastoïde se vide. Chez nous, l'influenza a été moins grave que dans l'Est. On trépane plus à l'étranger qu'en France. J'ai vu, dans la grippe, des perforations du tympan placées au bout d'une proéminence en forme de mamelle guérir rapidement. J'ai attendu dans des cas graves, et je m'en suis toujours bien trouvé.

M. Gellé. — J'adresse mes félicitations au présentateur dont les nombreuses préparations et pièces anatomiques plaident évidemment en faveur de sa thèse, l'ouverture précoce, dans les suppurations et otites infectieuses, des cellules de l'apophyse mastoïde.

J'ai été vivement frappé de la dissémination et de la petitesse étonnante des collections purulentes décrites dans quelques-unes des observations citées ; ce n'est pas un argument pour l'opération précoce.

Mais un fait important ressort de ces pièces, c'est l'atrésie et quelquefois l'absence de l'hiatus de communication du foyer avec la caisse du tympan ; cette disposition anatomique, et la multiplicité des amas d'exsudat, ont été présentés avec raison comme des arguments sans réplique de l'ouverture de la mastoïde.

Cependant s'il est admis que dans ces affections rapides et infectieuses, en quelques jours, il y a déjà du pus dans les cellules, comment expliquer que l'abcès et les complications de ce côté ne soient pas plus ordinaires ; il faut bien croire à la résolution naturelle et à la résorption des exsudats dans un

grand nombre de cas, les opérés constituant la minorité incontestablement, cela expliquerait sans doute comment il se fait que je puisse comme M. Lœwenberg, dire que je n'ai jamais eu depuis 15 ans à trépaner un seul des malades qu'il a soignés dès le début de la maladie et pansé d'une façon suivie. Et puis, on peut rencontrer du pus dans quelques cellules à l'ouverture précoce de l'apophyse ; cela ne veut pas dire qu'il était indispensable de faire une voie nouvelle de sortie à ces amas d'exsudat, et qu'ils n'auraient pas surtout disparu sans intervention chirurgicale.

M. Chatellier. — L'ouverture de l'apophyse mastoïde, est une opération d'une importance capitale dans certains cas, et le malade mourrait certainement si l'on ne donnait pas issue au pus. Je m'élève donc avec une conviction profonde, contre l'opinion des médecins qui repoussent par principe cette intervention chirurgicale. Ce qui doit être mis en discussion c'est, non pas la nécessité d'opérer, mais bien de savoir quand il faut opérer.

Je crois même que nous n'opérons pas assez et, à l'appui de ce que j'avance, je citerai les deux cas suivants :

Un malade vient me trouver avec des phénomènes d'otite subaigue, remontant à une époque que l'on ne peut préciser, deux ou trois mois environ. Au dire du malade, l'oreille n'a jamais suppuré. On n'observe aucun symptôme du côte de l'apophyse, ni douleur spontanée ou à la pression, ni gonflement. Il n'y a ni écoulement par le conduit auditif, ni perforation de la membrane.

Le malade ayant eu quelques vertiges, je suppose cependant une accumulation de liquide dans la caisse, et fais la paracentèse de la membrane. La douche d'air ne ramène rien.

Dans les jours qui suivent, il se fait un peu de gonflement de la paroi postéro supérieure du conduit. Nouvelle paracentèse ; pas de liquide dans la caisse.

Le soir du jour où j'avais fait cette seconde ouverture de la

membrane, on vient me chercher à six heures, en me disant que le malade souffrait de la tête depuis quatre heures de l'après-midi. A sept heures, je le trouve avec une violente cephalalgie. A sept heures et demie, délire ; je reviens aussitôt chercher des instruments et des aides pour opérer la trépanation et je me trouve de nouveau auprès du malade à dix heures du soir. Depuis neuf heures, il était dans le coma. A dix heures et demie, j'ouvre l'apophyse, que je trouve pleine de pus et renfermant dans son centre un sequestre mobile. A quatre heures du matin, le malade était mort.

Les accidents, depuis le premier mal de tête jusqu'à la mort, avaient duré douze heures.

Voilà donc un malade qui, à ma connaissance du moins, n'a pas eu d'écoulement d'oreille, qui n'avait pas de pus dans la caisse, et qui cependant a eu une suppuration de l'apophyse mastoïde qui l'a enlevé en douze heures.

Pendant l'influenza de 1890, un confrère vient me trouver pour une otite aiguë de grippe. Je fais la paracentèse, évacue le liquide et applique le pansement de Loewe. Au bout de quatre jours il était guéri et reprenait ses occupations.

Quinze jours après il vient de nouveau me consulter parce qu'il souffre dans la même oreille depuis le matin. Je trouve une membrane tympanique rouge, injectée, bombant en dehors. La paroi postéro supérieure du conduit est abaissée. Je fais la paracentèse et évacue une quantité notable de liquide rougeâtre. Il y a peu de douleur dans l'apophyse, aucun gonflement.

Je fais part de mes craintes au confrère malade et lui dis que si l'affection ne guérit pas rapidement où s'il survient des douleurs, il ne faudra pas hésiter à pratiquer de suite l'ouverture de l'apophyse.

Pendant deux jours je revois le malade et comme j'observais un peu de sensibilité à la pression de l'apophyse, comme l'abaissement de la paroi du conduit persistait, je conseille d'ouvrir l'apophyse, en donnant les raisons qui me poussaient à agir.

A partir de ce jour, je n'ai pas revu le malade et n'en ai entendu reparler que trois mois plus tard, au moment où m'est arrivé le billet de décès.

Je me suis informé de ce qui s'était passé, et voici ce que j'ai appris.

Le malade qui, je le répète, était médecin, avait été effrayé de mon intention opératoire et m'avait quitté pour aller demander des soins à un autre confrère, qui déconseilla l'opération. Les douleurs persistèrent pendant trois mois, un jour il tomba dans le coma et mourut presque subitement aux environs de Paris.

Quand on a observé ces faits, on ne peut plus dire que tous les cas d'otite guérissent sans qu'on soit obligé de trépaner l'apophyse mastoïde.

M. Politzer. — M. Lœwenberg pense que l'abcès mastoïdien est la conséquence de la pénétration du pus venant de la caisse du tympan. La vraie cause est la propagation de l'inflammation par le revêtement muqueux.

Je ne fais plus l'incision de Wilde; j'ouvre le sinus d'emblée. Si j'ai un petit abcès je fais la réunion par première intention, sinon je draîne. Plus j'opère les abcès mastoïdiens et plus je suis partisan de l'intervention.

Séance du 6 Mai 1892

Présidence de M. Cartaz

Le signe otique dans les affections cérébrales. — Valeur du réflexe binauriculaire d'accommodation.

par le docteur Gellé.

Dans une précédente étude clinique, faite dans le service du Dr Charcot, j'ai recherché les origines du réflexe binauriculaire

d'accommodation, et j'ai été amené par l'analyse des faits de pachyméningite cervicale à en placer le foyer dans la moelle cervicale. (V. Études d'otologie, T. II, p. 60.)

Depuis j'ai eu deux fois l'occasion d'observer des faits analogues confirmatifs de cette opinion sur la physiologie du réflexe d'accommodation des deux organes de l'ouïe.

Un de mes élèves publie en ce moment un travail sur ce sujet, à propos d'un cas observé et suivi par lui, dans lequel les phénomènes de synergie ont été reconnus absents malgré une intégrité complète des organes et de la fonction.

L'observation clinique montre l'importance de la constatation de ce signe fonctionnel ou de sa disparition, qu'il y ait ou non de troubles de l'audition, dans les affections de l'oreille moyenne, dans celles de l'oreille interne, aussi bien que dans les maladies intra-crâniennes quelconques entraînant à leur suite des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, de la surdité, de la paralysie faciale, etc.

Dans l'hypothèse d'une maladie de la caisse du tympan, nous avons montré, dans un travail sur l'innervation des muscles tympaniques, le parti qu'on peut tirer de ce signe pour reconnaître à la suite des otites profondes la lésion du muscle du marteau, son inertie ou sa parésie consécutives, puisque la pression exercée sur l'oreille saine fait contracter synergiquement l'oreille malade (V. paralysie faciale et otite). L'absence de transmission de l'excitation synergique dans le cas de sclérose est un fait mécanique, que vient bien expliquer du reste la perte simultanée de l'effet des pressions centripètes sur l'audition du diapason-vertex, ajoutée aux autres signes des affections de l'oreille moyenne.

Quand une hémorhagie, une inflammation ont altéré d'une façon sérieuse le contenu labyrinthique, le réflexe de l'accommodation synergique manque également; il est nul des deux côtés; sa perte coincide avec une surdité tranchée et les divers troubles de l'équilibre et des sens qui constituent le syndrôme des lésions labyrinthiques, par opposition dans l'hyperesthésie,

comme dans l'anesthésie, il n'existe rien de tel d'ordinaire; les réflexes sont intacts dans la plupart des hémisurdités hystériques. J'ai développé ce sujet dans ma statistique de la clinique otologique de la Salpêtrière de 1890-91.

L'observation suivante (résumée) montre la disparition nette du réflexe dans une surdité traumatique unilatérale :

Première observation, *n°* 430. — Lutz, homme, 40 ans, serrurier, envoyé par le docteur Catuffe, est tombé d'une échelle à quatre mètres de hauteur; perte de connaissance, résolution, otorhagie gauche, épistaxis; retour à la connaissance six heures après; resté un mois au lit; atteint depuis l'accident de surdité absolue, avec bruits intenses à gauche, de vertiges continus, avec crises dans les mouvements, incapacité de la station, de la marche, et du travail à l'établi. La douleur a disparu tardivement; la tête reste lourde, embarrassée, mais la raison et toute l'intelligence sont dès le premier moment revenues complètement. Examen de l'oreille gauche : tympan intact, semi-opulescent en haut, sans vaisseau; triangle peu net, manche peu incliné; mobilité ample avec le seigle qui injecte les vaisseaux du manche, sans étourdir le sujet. Diapason vertex perçu droit; diapason mastoïde gauche perçu droit. L'oreille gauche close, le diapason toujours perçu à droite, ni autophonie, ni hyperacousie. Les pressions centripètes sont positives à droite; et à gauche il y a une atténuation annoncée également, avec léger étourdissement dans la tête. Réflexes = 0; en pressant sur l'oreille gauche, on n'obtient aucun changement du son perçu par l'air dans l'oreille droite. Claquement tympanique et vue du déplacement obtenu par le politzer sans vertige provoqué. L'examen ophthalmoscopique fait par le docteur Kœnig n'a constaté aucune altération du fond de l'œil gauche.

Depuis deux mois ce malade en observation n'a pas eu de changement dans son état auriculaire; il a la tête plus libre et à peine moins de vertige dans les mouvements.

Le labyrinthe a été blessé ici évidemment et l'observation montre tout le syndrôme symptomatique connu de ses lésions.

Autre fait sans traumatisme :

Deuxième observation, n° 259. — P***, 42 ans, grand et fort, exposé à la chaleur d'un fourneau d'usine, a été frappé il y a six semaines subitement de vertige à rouler à terre, sans perte de connaissance, avec sonneries, sifflets aigus dans l'oreille droite, qui est restée absolument sourde depuis. Aucun signe objectif, mobilité, aération faciles; pressions à droite négatives et réflexes à droite négatifs : aucun changement dans les constatations depuis le début de l'attaque malgré la grande amélioration des vertiges, obtenue par le traitement classique. L'oreille gauche est excellente; D. V. perçu gauche, diapason *la* volumineux perçu d'une façon douteuse à droite. Les urines chargées d'acide urique.

Il s'agit bien évidemment ici d'une hémorrhagie intra-labyrinthique, sans autre complication cérébrale ou auriculaire.

Mais c'est dans les lésions cérébrales ou intra-crâniennes que la recherche du réflexe d'accommodation offre de l'intérêt ; on note en effet assez fréquemment sa disparition, qu'il y ait ou non des manifestations otiques.

De l'analyse des faits observés à la clinique, il résulte que la perte du réflexe binauriculaire a coïncidé avec les lésions de la moelle allongée, de la protubérance surtout, tandis qu'elle serait rare au contraire dans les affections des autres parties de l'encéphale ; au moins pour le cerveau cela semblerait être la règle, même en présence d'une surdité grave.

Je ne donnerai ici que les faits suivants résumés d'observations fort démonstratives à ce point de vue :

Troisième observation, n° 373. — H***, 21 ans, parle difficilement, il entend par l'oreille gauche seulement, la parole lente et à voix haute ; il a eu à l'âge de trois ans une méningite, dit son père, et il est resté sourd depuis. Or on trouva l'appareil conducteur absolument normal d'aspect et de mouvements, à

droite et à gauche. D. V. perçu à gauche. Diap. perçu à gauche par l'air. M = 5 centimètres à gauche ; M = 0, à droite. — Pressions positives à droite et à gauche, et *réflexes binauriculaires intacts très nets* ; trompes libres ; rien aux narines ni au pharynx ; pas de vertige.

La lésion paraît bien cérébrale et la surdité ne semble liée à aucune lésion auriculaire.

Quatrième observation. — Le n° 39 a eu de la surdité totale passagère au moment de l'attaque d'hémiplégie qui l'amène ; c'est une syphilis cérébrale ; il entend aujourd'hui la M. à 1 mètre à droite et à gauche ; les pressions sont positives ; *les reflexes normaux* ; les organes auditifs sains.

Cinquième observation. — Le n° 277 H.., atteint d'hémiplégie droite avec aphasie, datant de trois mois, a l'intelligence nette ; il entend bien ; il comprend facilement ; mais a encore une grande peine à s'exprimer ; il entend la M. à 50 cent. à droite et à 30 cent. à gauche ; les pressions sont positives ; *les réflexes normaux.*

Je ne multiplierai pas ces observations, j'arrive aux faits les plus intéressants, parce qu'ils mettent bien en évidence l'utilité du signe et sa valeur au point de vue de la localisation de la lésion intra-cranienne et du diagnostic général. La statistique de l'année 1891-92 m'a fourni trois faits bien clairs et démonstratifs de cette opinion, au milieu des 32 cas de maladies des centres nerveux qui ont été soumis à mon examen.

Sixième observation, n° 308 (résumé). — 16 mars 1891 — L***, homme, 27 ans, est pris il y a dix jours d'un mal subit : céphalolgie violente, vomissements, grands vertiges qui l'ont retenu au lit ; aucun bourdonnement d'oreilles ; depuis lors diplopie, paralysie du moteur oculaire externe gauche, parésie plutôt que paralysie faciale gauche complète (orbiculaire). La montre est entendue à droite et à gauche à plus de 1 mètre. Il y a un léger myotagmus ; les pupilles sont normales, le sujet dit spontané-

ment qu'il y a eu un peu d'assourdissement le premier jour. pressions centripètes positives à droite et à gauche; tympans mobiles; D. V. central; aucune douleur otique. *Reflexes binauriculaires nuls*; ni à droite ni à gauche on ne modifie l'audition du son par la pression.

Il est clair qu'il s'agit d'une lésion située sur le trajet des nerfs facial et moteur oculaire et externe du côté gauche. L'audition n'a pas été atteinte, mais le réflexe est perdu. On peut ainsi préciser assez bien le siége protubérantiel de la lésion. Ce sont les conducteurs qui ont été frappés surtout.

L'observation suivante est encore plus nette :

Septième observation n° 353. — 5 septembre 1891. — Femme, 35 ans. Il y a quinze mois, attaque subite d'hémiplégie droite et de paralysie faciale gauche avec surdité gauche.

Aujourd'hui la paralysie faciale est bien améliorée, mais la malade traîne encore sa jambe droite. Elle accuse un léger bourdonnement d'oreille à gauche. D. V. central, mais peu net; D. sur l'apophyse mastoïde, bien perçu; M. et D. non perçu à gauche; à droite M = 8 cent.; et Diap. = B.; pressions positives à droite; 0 à gauche. *Reflexe nul*, en agissant de l'oreille sourde sur la bonne.

La clinique nous a fait constater la persistance du réflexe dans les cas d'hemianesthesie hystérique, dans ceux où l'origine de la surdité est cérébrale et non due à une affection auriculaire, labyrinthique ou autre. La disparition du réflexe dans cette observation indique donc l'existence d'autres conditions; et la présence de la paralysie croisée annonce une lésion protubérantielle ou très proche de cet organe : ce sont donc encore les centres réflexes qui ont été frappés ici, et le signe auriculaire, la perte du réflexe synergique coïncidant avec la surdité semble preciser le siège de la lésion (néoplasme ou hémorrhagie) au point d'origine du facial, de l'acoustique et au contact de la protubérance.

Le troisième fait a été publié dans l'étude sur « Paralysie faciale et otite. »

Je le résume :

Huitième observation. — Demoiselle D***, 23 ans, a été, il y a trois mois, prise subitement de céphalalgie, vomissements répétés, vertiges énormes; puis de légère et fugace hemiplégie droite, avec demi-paralysie de la face persistante à droite également, et du moteur oculaire externe du même côté. Aucune douleur otique; audition excellente des deux côtés; fonctions de transmissions normales; effets des pressions normaux à droite et à gauche; *mais réflexes* = *O*; qu'on presse à gauche ou à droite, on ne modifie en rien l'audition si fine du son aérien.

Le diagnostic pointé est celui-ci : tumeur ou produits plastiques au niveau de l'émergence du facial et du nerf oculaire externe droits, auprès de la protubérance.

Ce sont encore les conducteurs et les centres réflexes qui ont été touchés ici, et le signe auriculaire vient s'ajouter à l'ensemble des autres signes pour confirmer la localisation.

Nouveau procédé pour cathétériser la trompe d'Eustache.

par le docteur Lœwenberg

Si je prends la parole pour traiter devant vous un sujet aussi élémentaire que le sondage eustachien, c'est qu'il me paraît utile de répandre toute méthode susceptible de faciliter cette opération qui présente des difficultés, non seulement aux débutants, mais par ci, par là, même aux vétérans de l'otologie. Quant aux embarras qui peuvent surgir pendant *le premier temps du cathétérisme*, lorsque le bec de l'instrument parcourt la fosse nasale, ils reconnaissent pour cause principale, comme vous savez, les déformations du septum que j'appelle « déviations horizontales inférieures. » J'ai déjà fait connaître dans un mé-

moire sur ce sujet, (1) une méthode de les éviter par l'inspection, pendant l'opération, au moyen du réflecteur frontal et d'un speculum d'un modèle nouveau. Je ne reviens donc sur ce procédé que pour déclarer que, grâce à son emploi, il n'existe pour ainsi dire pas d'oreille qu'on soit forcé de sonder par la narine du côté opposé.

Je m'occuperai aujourd'hui de la *marche à suivre pendant le deuxième temps de l'opération*, c'est-à-dire lorsque le bec du cathéter est sur le point de sortir de la fosse nasale et de se présenter à *l'orifice de la trompe. Comment reconnaître que nous sommes réellement en face de l'embouchure pharyngienne de ce canal?*

Je conseillais autrefois de ramener la sonde lorsqu'on croit, son bec arrivé dans le pharynx nasal, vers les choanes, en tournant sa pointe en dedans, de continuer ce mouvement jusqu'à ce qu'elle vienne buter contre le bord postérieur de la cloison, et de la présenter ensuite au pavillon au moyen d'une rotation par en bas.

Je viens aujourd'hui vous soumettre *une autre méthode encore inédite* destinée à guider l'opérateur pendant ce deuxième temps du cathétérisme, méthode que je pratique depuis des années et que je crois plus rapide, plus sûre et plus universellement applicable encore, en même temps que moins désagréable aux malades, que celle dont je viens de parler.

Voici la manière de la pratiquer : On fait cheminer la sonde à travers la fosse nasale, en maintenant le bec de l'instrument en contact avec le plancher de la cavité. *Dès qu'on pense être parvenu à l'extrémité du parcours intra-nasal, on ordonne au malade de faire un* MOUVEMENT DE DÉGLUTITION. Il arrive alors de deux choses l'une : ou bien la main qui tient la sonde ne ressent aucun choc, c'est que l'instrument n'a pas encore franchi la fosse nasale; ou bien elle éprouve une secousse, on est sûr

(1) B. Lœwenberg, Les déviations de la cloison nasale, etc. (*Progrès médical*, 1883).

alors que le bec du cathéter a pénétré dans le pharynx nasal, car le choc ressenti provient de ce que le voile du palais s'est relevé et est venu heurter l'instrument. Dans le premier cas, c'est-à-dire quand on n'a perçu aucune secousse, il faut avancer la sonde jusqu'à ce qu'un nouveau mouvement de déglutition en produise une et prouve ainsi que le bec du cathéter est réellement sorti de la fosse nasale.

Quel est le mécanisme de ce phénomène? Nous savons que, lorsqu'on avale, le voile du palais se tend et se relève vivement durant un moment, qu'il fait « gros dos » comme on a dit. Il arrive donc forcément, pendant ce temps de la déglutition, en contact avec la sonde dont il heurte le bec qui, penché en bas, plonge dans le pharynx nasal.

Mais les renseignements fournis par ce procédé ne se bornent pas à la simple constatation du fait que la pointe de l'instrument a quitté la fosse nasale; il nous apprend encore si elle est en face de l'orifice tubaire, ou si elle l'a dépassé, et même, de combien. Voici comment : Le voile du palais, en se levant, tourne autour de son lieu d'attache; or, plus une partie du voile se trouve éloignée du point d'insertion, plus l'étendue de son déplacement pendant la rotation du voile sera considérable, et plus énergique, par conséquent, le mouvement qu'elle imprimera à la sonde en la touchant. On juge donc, avec un peu d'habitude, parfaitement bien à quelle profondeur l'instrument a pénétré dans le pharynx, si son bec est en face de l'orifice de la trompe ou s'il doit être retiré pour s'y trouver, et même de combien. Ce mouvement de retrait s'opère facilement pendant que la sonde glisse sur le voile relevé, et amène, combiné avec la rotation de l'instrument, son bec dans l'ouverture de la trompe.

Quelquefois, le seul mouvement de déglutition l'y conduit déjà par la secousse qu'il imprime au cathéter.

Exécuté avec la légèreté de main et la rapidité indispensables dans la cathatérisme, ce procédé ne cause ni douleur ni nausée. Le contact de l'instrument avec le voile du palais n'est que de très courte durée, et il ne faut pas confondre ce qu'on fait

sciemment dans cette méthode avec ce qui pourrait arriver, si le bec de l'instrument errait pendant un certain temps dans le pharynx nasal, surtout si le malade respirait par la bouche. J'ai pour principe d'ordonner au patient de tenir la bouche fermée et de *respirer par le nez pendant toute la durée du cathétérisme;* ce mode de respiration implique forcément l'abaissement du voile du palais, et, d'après la méthode exposée ici, cet organe n'entre en contact avec la sonde que pendant l'acte de la déglutition, par conséquent seulement d'une facon passagère et, en outre pendant l'évolution d'un acté physiologique cyclique qui s'accomplit malgré l'intervention opératoire. D'ailleurs, si par hasard il se produisait des contractions réflexes exagérées du côté dupharynx, on n'aurait, ainsi que je l'ai déjà conseillé en 1878 (1), qu'à renouveler au malade l'ordre de respirer par le nez, la bouche fermée, bien entendu. Instantanément, le voile du palais s'abaissera alors, et les contractions tumultueuses s'apaiseront.

J'ai la conviction que le procédé qui vient d'être décrit est appelé à rendre service, non seulement au débutant, mais aussi à l'auriste expérimenté. Bien que l'otologiste consommé réussisse généralement à la première tentative de cathétérisme, il est quelquefois obligé, lui aussi, de tâtonner avant de trouver l'orifice tubaire. L'obstacle est généralement formé, d'après mes observations, par *une anomalie dans la profondeur des fosses nasales* qui se trouvent, chez certains sujets, être beaucoup plus longues ou plus courtes qu'on ne le supposerait *à priori*, d'après la conformation de la tête et les dimensions du nez extérieur. Même la mensuration préalable, d'après les données fournies par Itard, Gairal, M. Gellé et autres, est souvent impuissante à révéler ce désaccord.

Par contre, la méthode exposée ici nous renseigne sur ce point, et épargne au malade les sensations fort désagréables

(1) B. Lœwenberg, Les tumeurs adénoïdes, etc. (*Gazette des Hôpitaux*, 1878. — Tirage à part, p. 41)

qu'il éprouverait si l'on cherchait à tourner une sonde encore engagée dans les fosses nasales, ou si, au contraire, on la promenait dans la fosse de Rosenmüller à la recherche du pavillon de la trompe.

Ces incertitudes peuvent se répéter à chaque séance, surtout chez un opérateur qui voit beaucoup de malades et ne saurait retenir facilement les détails topographiques de chaque cas. *J'ai l'habitude, afin d'éviter tout tâtonnement aux séances ultérieures, de procéder de la façon suivante* : Aussitôt qu'en présence des difficultés que je viens de signaler, j'ai réussi à achever le cathétérisme pour la première fois, je note la profondeur à laquelle la sonde avait dû pénétrer dans la fosse nasale. Cela peut se faire aisément en lisant simplement cette distance sur des cathéters divisés en centimètres et millimètres, ou bien, quand on emploie des sondes ordinaires, en les marquant à la partie qui touche le bout du nez, au moyen d'un trait à l'encre. On peut employer à cet effet également un des crayons particuliers de Faber qui écrivent sur le métal, le verre, etc., et qu'on emploie quelquefois en bactériologie pour marquer des tubes de culture. Je note par exemple : (1), X, sonde nº 24, sortie de trois centimètres et demi. Aux séances suivantes, on n'a alors qu'à marquer de nouveau la sonde à un point distant de trois centimètres et demi du bout extérieur et à la faire avancer jusqu'à ce que l'endroit marqué arrive contre le bout du nez, pour que le bec de l'instrument se trouve forcément en face de l'orifice tabaire.

Le même statagème peut s'employer avec profiit également dans les cas ordinaires qui ne présentent pas de difficultés particulières ; il abrège souvent de beaucoup le cathétérisme à la première.

(1). Depuis de longues années, j'ai fait marquer chacun de mes cathéters d'un numéro d'ordre ; aussitôt l'instrument approprié à chaque cas trouvé, je note le numéro dans l'observation du malade, et il lui est consacré pendant toute la durée du traitement. — Inutile d'insister sur les avantages que cette manière de faire présente quant à la possibilité d'une infection par le cathétérisme.

Un procédé analogue me sert encore dans les cas d'affection auriculaire où un seul côté présente des difficultés d'orientation. On prend alors le point de repère en marquant la longueur de sonde trouvée nécessaire pour le côté facile à cathétériser, et on l'utilise pour l'autre.

Note sur la contracture du muscle ary-aryténoïdien.

(Essai d'interprétation des signes laryngoscopiques attribués par Gerhardt à la « Paralysie bilatérale et complète des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. »)

par le docteur Albert Ruault.

Les recherches déjà anciennes de Longet, et celles, encore récentes, entreprises par Jeauselme et Lermoyez sur les larynx de cholériques aussitôt après la mort, ont définitivement établi que l'action du muscle ary-aryténoïdien est de rapprocher fortement, jusqu'au contact, les faces internes des cartilages aryténoïdes. Ces dernières expériences ont fait voir en outre que, pendant sa contraction, les apophyses vocales suivent le mouvement des corps des cartilages et se rapprochent aussi l'une de l'autre, mais sans arriver tout à fait au contact, et en conservant une légère mobilité relative.

D'autre part, la structure et les fonctions des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs nous sont aujourd'hui assez exactement connues. Les recherches de Rühlmann sur la constitution anatomique de ce muscle ont montré qu'il était en réalité composé de deux faisceaux distincts, dont l'un, externe, presque vertical, est plus large et plus volumineux que l'autre, interne, et dont les fibres sont plus horizontales. Celles de Hayes ont établi que les faisceaux externes ont pour action d'attirer les cartilages aryténoïdes en dehors et en bas, par un mouvement de translation, en ouvrant la glotte en forme de triangle (inspiration tranquille); tandis que les autres, lorsque leur action s'ajoute à celle des premiers, font pivoter les cartilages en

transformant la glotte triangulaire en glotte pentagonale (inspiration forcée). Celles de Jellenfy, enfin, nous ont appris qu'indépendamment de leur rôle respiratoire, les crico-aryténoïdiens postérieurs en jouent un autre non moins important comme muscles vocaux en assurant la fixation des cartilages aryténoïdes et la tension des cordes vocales pendant la phonation, lorsqu'ils agissent de concert avec les crico-aryténoïdiens latéraux, les thyro-aryténoïdiens et les crico-thyroïdiens.

Ces notions nous permettent de nous rendre un compte exact des conséquences qu'entraînerait, sur la respiration et la phonation, l'existence d'une contracture isolée du muscle ary-aryténoïdien.

Cette contraction amènerait l'occlusion complète de toute la partie postérieure de l'espace interaryténoïdien, tout en laissant un léger intervalle entre les deux lèvres de sa partie antérieure. Elle ferait de la glotte une fente légèrement fusiforme, atteignant une longueur égale aux trois quarts environ du diamètre antéro-postérieur de la cavité laryngienne à ce niveau, et présentant sa largeur maxima, de deux millimètres en moyenne, à la hauteur de l'extrémité des apophyses vocales. Celles-ci conservant une certaine mobilité tant que l'action des adducteurs latéraux et des tenseurs ne se joint pas à celle de l'ary-aryténoïdien contracturé, seront soulevées et légèrement écartées l'une de l'autre par le courant d'air à chaque expiration; et, au contraire, à chaque inspiration, elles s'abaisseront sous la pression de haut en bas de la colonne d'air attirée dans la poitrine. En effet, la contracture de l'ary-aryténoïdien n'aurait pas seulement pour résultat d'annihiler l'action de ses muscles antagonistes, qui ne sont autres que les faisceaux externes des crico-aryténoïdiens postérieurs; elle s'opposerait en outre à l'accomplissement de la fonction respiratoire des faisceaux internes de ces mêmes muscles, qui ne peuvent faire pivoter les aryténoïdiens et porter leurs apophyses vocales en dehors si les faisceaux externes n'ont pas commencé à écarter l'une de l'autre les faces internes des cartilages. Sans être absolument

entravée, la respiration serait donc grandement compromise : l'espace glottique, bien que très étroit, permettrait le passage d'une quantité d'air suffisante pour assurer l'hématose tant que le malade resterait au repos, mais à la moindre fatigue, au moindre effort, la dyspnée apparaîtrait. Quant à la voix, elle ne serait nullement troublée ; le muscle contracturé se trouvant en position vocale, et les crico-aryténoïdiens postérieurs étant en situation de remplir intégralement leurs fonctions en tant que muscles phonateurs.

Les signes laryngoscopiques et les symptômes fonctionnels, que les connaissances acquises sur l'anatomie et la physiologie des muscles postérieurs du larynx nous amènent à attribuer à la contracture isolée de l'ary-aryténoïdien, se présentent de temps à autre à l'observation clinique. Il n'est pas très rare de voir des malades qui ne présentent pas d'altération appréciable de la voix parlée, accuser des troubles dyspnéiques à peine sensibles au repos, mais s'accusant par du cornage au moindre effort, ou par des accès de suffocation survenant sous des influences diverses et souvent impossibles à déterminer. On peut constater, à l'examen laryngoscopique, chez un grand nombre de ces sujets, lorsqu'on pratique cet examen en dehors des paroxysmes dyspdéiques, que pendant la respiration les faces internes des aryténoïdes sont immobiles et en contact, et que les cordes vocales sont en position médiane, mais assez flasques en dehors des accès spasmodiques) pour être alternativement déprimées et soulevées par le courant d'air inspiratoire et expiratoire, qui passe à travers un étroit espace fusiforme, dont la partie médiane semble un peu plus large au moment de l'expiration (1). Pendant la phonation, l'image laryngoscopique ne présente rien d'anormal.

(1) Ces mouvements passifs des bords libres des cordes vocales, d'autant plus étendus qu'on les observe plus près de la région moyenne de ces bords libres, et qui ont pour effet de simuler un rapprochement des cordes vocales pendant l'inspiration, ne doivent pas être confondus, comme on l'a fait à tort, avec le rapprochement inspiratoire actif des apophyses vocales (type respiratoire inverse) qui s'observe dans d'autres conditions.

Mais, jusqu'ici, cet état du larynx n'a pas encore été rattaché à la contracture isolée du muscle ary-aryténoïdien, que je crois être sa véritable cause. Gerhardt, qui a été le premier à signaler cet aspect laryngoscopique et à indiquer les symptômes accusés par les malades qui le présentent, l'a attribué à une *paralysie bilatérale et complète des muscles crico-arytenoïdiens postérieurs.* Krishaber, au contraire, pensait qu'en pareil cas il s'agit d'un spasme unilatéral des adducteurs, y compris l'ary-aryténoïdien, muscle impair. Avec Morell-Mackenzie, Semon et d'autres défendent encore l'opinion de Gerhardt, tout en admettant qu'à la paralysie des dilatateurs se joint une contracture secondaire des adducteurs. Krause, au contraire, adopte une opinion se rapprochant plus de de celle de Krishaber : il attribue l'aspect du larynx à une contracture primitive des adducteurs, à laquelle viendrait s'ajouter secondairement, dans un certain nombre de cas, une paralysie myopathique des dilatateurs, une atrophie de ces muscles consécutive à leur inertie fonctionnelle. De nombreux auteurs (Gougenheim et Tissier, Massei, Baugé, etc.) ont adopté cette dernière théorie.

Je ne pense pas qu'aucune de ces opinions, telles qu'elles sont aujourd'hui présentées par leurs défenseurs, puisse être justifiée par des arguments de nature à entraîner la conviction. D'une part, il n'est plus possible de concevoir une paralysie *complète* des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs sans troubles de la voix, et sans que chaque effort de phonation soit marqué, pendant l'examen laryngoscopique, par un mouvement de translation et de bascule en avant des cartilages aryténoïdes. D'autre part, il est impossible d'admettre qu'il existe une contracture *généralisée* des adducteurs, lorsque l'on voit les processus vocaux suivre, pendant la respiration, les déplacements imprimés par le courant d'air aux cordes vocales relâchées; et ne se fixer en position vocale sous l'action des crico-aryténoïdiens latéraux, qu'au moment des efforts de phonation. Enfin la symétrie parfaite des deux moitiés du larynx, tant pendant la respiration que pendant la phonation, n'est pas

conciliable avec la théorie de Krishaber, applicable seulement au cas où la flaccidité respiratoire serait bornée à une seule corde vocale.

Séule, la contracture isolée du muscle ary-aryténoïdien peut donner l'explication de l'image laryngoscopique. Mais je n'entends pas dire qu'en pareil cas on se trouve en face d'une contracture primitive de ce muscle. Je crois, au contraire, qu'en dehors de l'hystérie, cette contracture est presque toujours secondaire à une paralysie isolée de l'antagoniste; c'est-à-dire à une paralysie *ne frappant que le faisceau externe* du crico-aryténoïdien postérieur, et laissant indemne le faisceau interne de ce muscle. Comme ces deux faisceaux constituent, en réalité, deux muscles distincts, plus encore physiologiquement qu'anatomiquement, rien ne défend d'admettre qu'ils puissent être atteiuts isolément.

Or, s'il en est ainsi, on s'explique aisément que cette paralysie n'entraîne pas de troubles de la phonation appréciables, puisque les fonctions vocales du muscle crico-aryténoïdien postérieur sont presque complètement dévolues à son faisceau interne ayant pour antagoniste le crico-aryténoïdien latéral. On comprend de même, sans difficulté, que la paralysie *d'un seul* muscle crico-aryténoïdien postéro-externe, quelle que soit sa cause (tumeurs du médiastin, névrites périphériques tabétiques ou infectieuses; lésions des centres, etc.), puisse être suivie d'une contracture du muscle impair ary-aryténoïdien, donnant lieu aux mêmes signes et aux mêmes symptômes que si la paralysie dont elle dérive était bilatérale.

Note statistique sur les suppurations de l'oreille moyenne compliquées d'inflammation mastoïdienne.

par le docteur Hamon du Fougeray, du Mans (Sarthe).

L'otite moyenne suppurée est sans contredit une des affections de l'oreille que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique

et dont le traitement mérite toute l'attention du médecin. Qu'elle soit aiguë ou chronique, on voit assez souvent survenir des complications dont une des plus importantes est l'inflammation mastoïdienne. Cette complication négligée ou mal traitée peut entraîner la mort. Ces considérations sont bien connues et le plus grand nombre d'observations publiées sur ce sujet jusqu'à ce jour prouve tout l'intérêt que les otologistes y ont apporté. Mais en ce qui concerne la conduite à tenir en face d'une inflammation des cellules mastoïdiennes, les divers auteurs sont loin d'être d'accord.

Faut-il ouvrir les cellules mastoïdiennes soit par la trépanation soit par d'autres procédés, ou faut-il attendre en se bornant au traitement antiseptique? Cette dernière manière de voir a été soutenue par le Dr Lœwenberg en 1885, qui loin d'avoir changé d'opinion reste de plus en plus convaincu que la trépanation ne doit être employée que dans des cas fort rares. A la même époque, Schwartze énonçait les cinq indications de la trépanation de l'apophyse mastoïde que l'on trouve depuis reproduites dans divers auteurs, et en 1887 Sr John Roosa a publié dans les Archives d'otologie un important article dans lequel il conclu en disant que l'ouverture des cellules mastoïdiennes doit entrer de plus en plus dans la pratique, il ne voit guère de discutable que le cas où la trépanation n'aurait pour objet que d'assurer un meilleur drainage du tympan, l'apophyse mastoïde étant saine en apparence.

En 1889, Cazzolino dans un article avec statistique (Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx) dit : « Il faut « toujours commencer par la thérapeutique la plus simple « avant d'avoir recours à un traitement radical nécessité seulement par l'inefficacité du premier et surtout par l'imminence « des complications cérébrales. » Ces quelques exemples suffisent pour montrer les divergences.

En ce qui me concerne, depuis sept ans que je pratique l'otologie, j'ai vu un assez grand nombre de complications mastoïdiennes, et je n'ai jamais eu à faire de trépanation, toutes

ayant guéri par le traitement antiseptique seul. D'après mon relevé de ces cinq dernières années, j'ai vu 42 fois cette complication et sur ce nombre 32 fois l'apophyse a présenté les phénomènes réactionnels cliniques de l'inflammation et 10 fois au moment du premier examen la peau était perforée en un ou plusieurs endroits, perforations qui étaient les ouvertures antérieures de fistules laissant un stylet pénétrer dans la caisse; dans ces 10 cas le pus sortait par le conduit auditif et les ouvertures des fistules.

Tous ces cas appartiennent, il est vrai de le dire, à l'otite suppurée chronique. En province surtout, où les notions otologiques commencent à peine à être connues du public et des médecins, les cas les plus fréquents que rencontre le spécialiste sont, à quelques exceptions près, tous chroniques surtout au début. Par conséquent, les symptômes d'envahissement des cellules mastoïdiennes que j'ai rencontrés ne sont survenus que par suite du manque de traitement ou plus souvent encore de l'emploi d'un mauvais traitement dont le plus dangereux m'a paru être le cataplasme. Dans plusieurs cas, j'ai vu en effet ces symptômes apparaître chez des malades en traitement qui venaient à se négliger ou à écouter les commères. Je n'ai pas eu de complications cérébrales à noter, ce qui n'a rien de bien étonnant, quoique je les juge relativement fréquentes, le diagnostic méningite par suite d'affection auriculaire n'étant à peu près jamais porté en province. Le hazard seul m'en a fait rencontrer deux cas en 1891, dont un très net chez un homme de 40 ans, mais comme toujours je n'ai été appelé qu'au moment de l'agonie.

En résumé, 32 fois j'ai vu pendant le cours d'une suppuration chronique l'apophyse mastoïde devenir douloureuse; j'ai pu même constater ces symptômes survenant plusieurs fois chez le même malade quand par négligence le traitement était suspendu. Dans 10 autres cas, la nature avait opéré elle-même et laissé des trajets fistuleux.

Voici le traitement que j'emploie :

1° Irrigation avec une solution chaude de sublimé au 1(2 millième pour débarrasser le conduit et la caisse de tous les produits de la suppuration ;

2° Assèchement à la ouate hydrophile ;

3° Toucher le fond du conduit avec un peu de ouate imbibée de naphtol camphré ou en injecter quelques gouttes dans la caisse par la perforation ;

4° Enlèvement des végétations et polypes toutes les fois qu'il y en a.

Dans les 10 cas où l'apophyse mastoïde était creusée de trajets fistuleux, s'ouvrant au-dehors, j'ai ajouté à ce qui précède :

1° Un drain enfoncé aussi profondément que possible par un orifice fistuleux et par ce drain je fais :

2° Une irrigation au sublimé au milliéme ;

3° Une injection de naphtol camphré.

Le liquide introduit par le drain resssortait par le conduit auditif.

J'ai choisi de préférence à toute autre substance antiseptique le naphtol camphré qui m'a donné d'excellents résultats, confirmant ainsi les expériences de Dumont dans le service de Gouguenheim à Lariboisière. Avant 1889, je me servais d'acide borique en poudre ou mieux en petits cristaux, soit en insufflation soit dissout dans l'alcool. C'est un traitement excellent que je n'abandonne pas et que j'emploie si le naphtol devient trop irritant et son application douloureuse. Depuis quelque temps j'ai essayé le salol camphré qui me paraît être moins irritant. Quant aux trajets fistuleux, c'est toujours le naphtol camphré que j'emploie et qui m'a donné d'excellents résultats. C'est ainsi que la durée du traitement dans les 10 cas que j'ai soignés a varié de un à deux mois laissant une guérison complète et une audition très peu ou point diminuée.

Est-ce à dire que je ne trépanerai jamais ? Certes non. Mais ce qui me paraît conforme à la clinique, c'est de ne trépaner

que lorsque cela est nécessaire. Ainsi dans le cas de cet homme de 40 ans que je citais plus haut, si j'avais été appelé au début des accidents, j'aurais trépané ou mieux ouvert l'apophyse mastoïde à la gouge ou au ciseau, et au besoin, me basant sur les localisations cérébrales, j'aurais été plus loin s'il eut fallu; je ferais de même le nécessaire vis-à-vis d'un séquestre.

Mais je ne saurais souscrire aux cinq propositions données par Schwartzd pour la trépanation des cellules mastoïdiennes. (*Chirurgische Krankeiten des ohres*, Stuttgart, 1889.)

L'expérience me prouve jusqu'à présent qu'un traitement *véritablement antiseptique bien fait très régulièrement pendant le temps nécessaire* met à l'abri des complications mastoïdiernes, et dans le cas où celles-ci commencent à se manifester, en arrête presque toujours le développement. Le naphtol camphré m'a donné d'excellents résultats surtout quand il existe des trajets fistuleux, cas où il me semble devoir être préféré à tout autre antiseptique.

La douche nasale et ses indications.

Par le Docteur PERCEPIED (du Mont-Dore).

Depuis longtemps l'attention des médecins a été attirée par les accidents consécutifs à l'emploi des douches nasales, accidents parmi lesquels l'otite moyenne suppurée est le plus dangereux et le plus commun. Les observations en sont nombreuses, nous en avons rapporté nous-même quelques exemples dans une communication faite à la Société de médecine de Rouen en 1885, en insistant sur les précautions à prendre en pareil cas et en donnant sur la technique des détails que nous ne rapporterons pas ici. Depuis cette époque, il nous a été donné de voir d'autres accidents du même genre. Un de nos amis, qui pourtant avait l'habitude de ce moyen thérapeutique dont il avait fait autrefois un grand usage, a été atteint d'une otite moyenne avec supuration prolongée de la caisse et pro-

pagation de la suppuration aux cellules mastoïdiennes qui a nécessité la trépanation de l'apophyhe mastoïde pratiquée par notre confrère le Dr Lubet-Barbon.

Le second cas nous a été communiqué par notre ami le Dr Hélot, de Rouen : Une petite fille envoyée dans une station thermale fut soumise à l'usage des irrigations naso-pharyngiennes, elle eut nne otite moyenne avec longue suppuration de la caisse qui n'était pas tarie au bout d'un an.

Nous citons ces deux observations que nous avons recueillies sans les chercher, mais nous sommes persuadés qu'une enquête faite auprès des spécialistes ou des médecins d'eaux minérales qui se servent beaucoup de la douche nasale nous permettrait d'en augmenter considérablement le nombre.

L'otite moyenne suppurée est donc un accident, je ne dirai pas fréquent, il est heureusement assez rare, mais à craindre dans l'administration de la douche de Weber; mais à côté il peut y en avoir d'autres moins graves et constituant plutôt des inconvénients que des accidents réels. Ce sont : l'introduction de l'eau dans les sinus frontaux qui cause des maux de tête désagréables et parfois persistants, l'introduction de l'eau dans les voies aériennes, très fréquent celui-ci, à ce point qu'il est bien peu de débutants, à moins qu'ils ne soient dirigés par une personne expérimentée, qui ne lui paient leur tribut et ne se plaignent des accès de toux qui en sont la conséquence, et enfin la possibilité de l'introduction de l'eau dans les autres sinus.

L'excitation de la pituitaire peut en outre, chez des personnes prédisposées, être la cause d'accidents reflexer. Nous avons vu les douches nasales provoquer des crises d'oppression chez des asthmatiques.

Pour obvier à ces désagréments, on a proposé différents moyens; Weber-Liel, renonçant à l'emploi des irrigations continues par le système de Th. Weber, a proposé de faire des injections avec une seringue et de ne se servir que d'eau légèrement additionnée de bicarbonate de soude. Ce liquide, même introduit dans la caisse, ne déterminerait, d'après lui, pas

d'otite ou tout au moins n'occasionnerait pas de perforation du tympan. Nous ne croyons pas que son système soit supérieur à celui de l'irrigation continue, loin de là, il est moins commode et beaucoup plus ennuyeux pour le malade lorsqu'il faut faire passer dans le nez une certaine quantité d'eau, trois ou quatre litres par exemple.

L'eau légèrement alcalinisée est assurément un bon liquide, peu irritant, mais de l'eau qui a traversé les fosses nasales, quelle que soit sa composition chimique, n'est plus aseptique et en s'introduisant dans la caisse elle peut entraîner des microorganismes qui se trouvent en si grande abondance dans les fosses nasales et devenir dangereuse. Au surplus, pour Weber-Liel la composition du liquide ne doit être qu'une gurantie bien précaire, puisqu'il pense que l'introduction du liquide dans la caisse n'est pas indispensable pour provoquer l'otite moyenne à la suite de la douche nasale et qu'un simple refroidissement suffit. Nous n'en avons jamais vu d'exemple et, jusqu'à nouvel ordre, nous continuerons à attribuer cet accident à l'introduction de liquides, soit de liquides médicamenteux, ssit de secrétions nasales, dans la caisse, mais cela ne se produit pas fatalement pendant la durée de la douche et peut parfaitement arriver à la suite alors que le malade pris d'envie de se moucher le fait avec de vigoureux efforts et en pinçant les narines, ce qui est le cas le plus fréquent.

Le Dr Ball, de New-York, adoptant la méthode du Dr Pins, de Vienne, a proposé de se servir d'un flacon assez ingénieux au moyen duquel le liquide est poussé dans le nez par le souffle du malade; on comprend que pendant ce mouvement d'expiration forcée le voile du palais soit relevé et qu'il y ait occlusion complète du pharynx nasal. Nous n'avons pas l'habitude de cet instrument, il nous est donc difficile de donner sur son emploi une appréciation judicieuse, mais de prime abord il nous semble pénible et fatigant pour le malade de faire passer par ce moyen une grande quantité d'eau à travers les fosses nasales.

Ces perfectionnements n'ont pas paru assez grands pour passer dans la pratique et on s'en tient en général à la douche au moyen du siphon, dit siphon de Weber, c'est jusqu'ici la méthode la plus pratique. Nous ne parlerons de l'irrigateur que pour le désapprouver, la pression en est trop forte et pour la modérer on est obligé de fermer aux trois-quarts le robinet, c'est-à-dire de diminuer beaucoup trop la section d'écoulement.

Quelque soit l'instrument dont on se serve, la douche nasale n'en sera pas moins un moyen désagréable au malade, provoquant fréquemment dss accès de toux, des maux de tête, congestionnant les malheureux patients qu'on voit ensuite avec des yeux rouges et larmoyants, moyen douloureux, si douloureux parfois qu'il n'est pas rare de rencontrer des gens qui, même avec de grandes précautions et une extrême bonne volonté, sont obligés après plusieurs essais d'y renoncer. En présence de ces inconvénients, en présence des accidents graves qui peuvent être occasionnés par son emploi, devons-nous continuer à ordonner la douche nasale? En d'autres termes, les services qu'elle pourra nous rendre sont-ils assez grands pour contrebalancer les inconvénients? Nous n'hésiterons pas à répondre oui pour un certain nombre de cas, à la condition que le médecin s'entourera de toutes les précautions nécessaires, mais nous nous hâtons d'ajouter que les indications en sout assez restreintes et que depuis quelques années on a fait des lavages du nez un déplorable abus, il semble même que pour beaucoup le traitement des affections nasales se borne aux lavages faits avec des liquides de composition variée. Nous avons vu dans des stations thermales la douche nasale être la base du traitement de toute affection nasale ou pharyngée.

Avant d'aller plus loin, nous tenons à aller au devant d'une objection : Les malades s'en trouvent bien, nous dira-t-on. — Pas tous, nous en vons connu beaucoup qui ne les supportait qu'avec la plus grande difficulté, puis dans un traitement thermal, les résultats sont dus à un ensemble de moyens

et il faut chercher avec soin avant d'attribuer à un mode de traitement déterminé les bons effets qu'on en a retirés.

Un de nos amis exerçant dans une ville d'eau a pris un certain nombre de malades atteints de rhino-bronchite spasmodique, ayant des corysas fréquents et fugaces et des éternuements revenant avec une facilité désespérante; les uns furent soumis aux irrigations nasales, les autres en furent privés, et il a constaté que les derniers avaient éprouvé un soulagement aussi marqué que les premiers.

Nous ne voulons pas dire par là que les douches nasales soient toujpurs inutiles et qu'il faille les proscrire, mais on ne saurait trop se défier du *post hoc ergo propter hoc* et ne pas se hâter d'attribuer à un seul moyen les résultats d'un traitement thermal toujours complexe. Dans la station thermale dont nous parlons, il était de notoriété qu'après une première saison on n'avait plus ou très peu de rhumes de cerveau bien avant qu'on ait songé à employer les lavages du nez.

Mais si nous avons cru devoir nous élever contre ce qui nous paraît être un abus, nous ne voulons pas nier l'action curative que peuvent avoir certains liquides mis au contact de la muqueuse pituitaire, c'est plutôt son mode d'administration que nous incriminons. Si le contact du liquide médicamenteux est utile, comme nous le croyons, ce contact ne peut-il aussi bien se faire par la pulvérisation nasale que par l'irrigation? C'est donc à elle, à notre avis, qu'on doit avoir recours chaque fois qu'on veut faire agir un liquide médicamenteux sur la muqueuse du nez, réservant les douches pour les cas où il y a des croûtes à détacher ou des sécrétions à chasser. Nous considérons les douches comme pouvant rendre de grands services en tant que moyen de lavage, moyen de propreté, mais nous les abandonnons à un autre point de vue thérapeutique. Elles rendront dans certains cas, dans l'oséne notamment, des services qu'on attendrait vainement d'un autre moyen, et alors c'est surtout à l'eau qu'ou doit l'amélioration, les médicaments qu'on y ajoute ne paraissent qu'avoir une importance secondaire, de l'eau

aseptique poussée assez vigoureusement avec la seringue anglaise paraît être dans ces cas particuliers le moyen principal de la guérison. Dans les cas où les secrétions sont trop abondantes, s'il n'y a pas d'état aigu et si les fosses nasales et le pharynx sont libres, car il n'arrive que trop souvent de voir ordonner des irrigations à des personnes atteintes de polypes ou à des enfants atteints de grosses trégétations adénoïdes, on pourra utilement recourir aux irrigations, mais alors n'ayant pas de croûtes à détacher, nous nous servons du siphon de Weber avec une pression moyenne de 0,50 à 0,60 centimètres.

En résumé, pour agir d'une façon continue sur la muqueuse du nez par des liquides, nous nous adressons à la pulvérisation et nous réservons l'irrigation comme moyen de lavage.

Si nous avons cru devoir porter devant la Société de laryngologie ce de débat sans grand intérêt pour elle, car il n'a pas le mérite de la nouveauté et la plupart des membres de la Société partagent les opinions que nous venons d'émettre, c'est que témoin de la facilité avec laquelle beaucoup de médecins dans la clientèle ordinaire et dans les villes d'eaux ordonnent la douche nasale, souvent sans en surveiller l'emploi et sans faire l'apprentissage du malade, nous avons voulu lui demander d'employer sa légitime autorité pour mettre en garde les praticiens contre les abus d'un moyen désagréable, parfois dangereux, souvent inutile.

Le Secrétaire-général,

Dr Et. SAINT-HILAIRE.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON.

M. Bonnier, de Paris, est élu membre titulaire, et M. Haman du Fougeray, du Mans, membre correspondant de la *Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.*

ERRATA

Dans le numéro précédent des *Bulletins et Mémoires* (Travail de M. Lœwenberg) :

Page 144, 5[e] alinéa, 2[e] ligne, lire *cathétérisme* au lieu de cathatérisme.

Page 146, 2[e] alinéa, dernière ligne, lire : *tubaire* au lieu de tabaire.

Page 146, ligne suivante, lire *stratagème* au lieu de statagème ; même ligne, lire *profit* au lieu de profiit.

Avant dernière ligne de la même page, ajoutez après *cathétérisme : aux séances consécutives.*

Page 147, 2[e] ligne, lire *un* au lieu de uu.

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

Aigre, de Boulogne-sur-Mer.
Aubert, d'Alger.
Joal, du Mont-Dore.
Joly, de Lyon.
Lichtwitz, de Bordeaux.
Madeuf, de La Bourboule et du Mont-Dore.
Noquet, de Lille.
Percepied, du Mont-Dore.
Suarez de Mendoza, d'Angers.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

Artzrouny, de Tiflis (Caucase).
Bézold, de Munich.
Bomfim, de Lisbonne.
Burkner, de Gœttingen.
Cozzolino, de Naples.
Cresswell-Baber, de Brighton.
Gottstein, de Breslau.
Grazzi (Vittorio), de Florence.
Guye, d'Amsterdam.
Hartmann, de Berlin.
Hering, de Varsovie.
Koch, de Luxembourg.
Kurz (Edgard), de Florence.
Moos, d'Heidelberg.
Politzer, de Vienne.
Pritchard (Urban), de Londres.
Schmidt (Maurice), de Francfort.
Schœffer, de Brême.
Schnitzler, de Vienne.
Sune y Molist, de Barcelone.
Tobold, de Berlin.